FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — N° 109

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis GAUGIER

Né le 11 janvier 1891 à Solliès-Pont
Licencié ès sciences
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Croix de guerre
Deux fois lauréat de l'Ecole de Médecine

ANESTHÉSIE INDOLORE
DU TRIJUMEAU

Président : M. H. ROGER, *professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920 — THÈSE N° — 109

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Louis GAUGIER
Né le 11 janvier 1891 à Solliès-Pont
Licencié ès-sciences
Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Croix de guerre
Deux fois lauréat de l'Ecole de Médecine

ANESTHÉSIE INDOLORE DU TRIJUMEAU

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Président : M. H. ROGER, *professeur*

PARIS
LIBRAIRIE LITTÉRAIRE ET MÉDICALE
LOUIS ARNETTE
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM
Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale	ANDRÉ BROCA
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales	MARCEL LABBÉ
Pathologie médicale	RENON
Pathologie chirurgicale	LECENE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	PIERRE DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD, WIDAL, GILBERT, CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1re enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET, GOSSET, LEJARS, HARTMANN
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR, COUVELAIRE, BRINDEAU
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	AUGUSTE BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	DUVOIR	LARDENNOIS	RATHERY
ALGLAVE	FIESSINGER	LELORIER	RETTERER
BASSET	GARNIER	LEMIERRE	RIBIERRE
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEQUEUX	RICHAUD
BLANCHETIERE	GREGOIRE	LEREBOULLET	ROUSSY
BRANCA	GUENIOT	LERI	ROUVIERE
CAMUS	GUILLAIN	LEVY-SOLAL	SCHWARTZ(A.)
CHAMPY	GUILLEMINOT	MATHIEU	TANON
CHEVASSU	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHIRAY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CLERC	LABBE HENRI	MULON	VILLARET
DEBRE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DESMAREST	LANGLOIS	PHILIBERT	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR ROGER

Membre de l'Académie de Médecine
Doyen de la Faculté
Médecin de l'Hôtel-Dieu

Hommage de reconnaissance.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

Tragiquement enlevée à l'affection des siens après une vie de sacrifice et de dévouement.

A MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAÎTRES

LE PROFESSEUR DELANGLANDE

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Ecole de Médecine
de Marseille
Officier de la Légion d'honneur
Mort au champ d'honneur

LE DOCTEUR SICARD

Professeur agrégé à la Faculté de Paris
Médecin de l'hôpital Necker
Chevalier de la Légion d'honneur

A qui je dois tant.
En hommage de notre profonde reconnaissance et de notre attachement.

INTRODUCTION

Durant notre année d'externat, dans le service de M. Sicard, à l'hôpital Necker, nous avons pu voir quelques faits cliniques, non signalés dans les traités classiques, d'anesthésie indolore du trijumeau, dont trois ont reçu le contrôle anatomique.

M. Sicard, qui avait eu l'occasion d'observer déjà antérieurement des faits semblables a attiré notre attention sur cette symptomatologie trigémellaire spéciale, en nous montrant qu'il y avait là un signe localisateur dont la valeur clinique pouvait à l'occasion rendre des services au point de vue localisation exacte des lésions.

Ce sont les quelques observations se rapportant à ce sujet qui font l'objet de notre thèse.

longuement répétées réagir par des troubles subjectifs et jamais par des troubles objectifs.

Nous ignorons tout de l'étiologie de la névralgie faciale essentielle. Les injections d'alcool ont simplement montré que la cause incitatrice résidait au niveau des branches périphériques, puisque l'alcoolisation locale provoque les résultats thérapeutiques remarquables que l'on connaît. On sait par contre que la neurolyse reste sans effet lorsque la lésion siège, endocranienne, au niveau du ganglion ou de ses racines, comme dans le zona, par exemple.

Voilà un premier fait déjà surprenant : des branches nerveuses en état d'irritation constante durant de nombreuses années sans que jamais il n'y ait des lésions anatomiques sérieuses.

Un deuxième fait est tout aussi remarquable :

C'est l'objet de notre thèse, à savoir, comme Sicard l'a montré que l'excitation ou l'irritation d'un segment déterminé de la Ve paire réagit par contre par des troubles objectifs de la sensibilité, sans douleur.

Voilà donc deux syndromes qui s'opposent pour ainsi dire l'un à l'autre :

Dans l'un, le segment central de la Ve paire, c'est-à-dire le ganglion ou les branches qui en émanent, réagissent à toutes les causes de compression ou d'irritation par le symptôme douleur et le plus souvent par la douleur terriblement paroxystique.

Dans l'autre syndrome, au contraire, le segment de la Ve paire incriminé ne porte plus sur le ganglion ou ses branches efférentes mais bien sur la racine afférente de ce ganglion, c'est-à-dire sur la racine bulbo-gassérienne, racine

émanant de la colonne bulbaire et se rendant après un parcours de 1 centimètre à 1 cm. 5 environ jusqu'au pôle postérieur du ganglion.

Ce sont là des faits qui n'ont pas seulement un intérêt d'ordre général, mais qui permettent à l'occasion de préciser un diagnostic et d'affirmer une topographie lésionnelle.

HISTORIQUE

On trouve dans la littérature médicale, dans la thèse de M. Jumentié, des cas où il est noté parmi les symptômes cliniques de tumeurs ponto-cérébelleuses l'absence de douleurs trigémellaires, alors que l'auteur a absolument noté la perte de sensibilité objective.

D'autre part, dans les traités cliniques de Neurologie, il est dit dans les syringomyélies bulbaires, dans les syringobulbies, c'est-à-dire dans les syringomyélies dont les lacs liquides remontent jusqu'au niveau du bulbe et atteignent les noyaux du V, s'accompagnent d'anesthésie du trijumeau; mais jusqu'alors on n'avait insisté qu'incidemment sur ces faits sans en tirer les déductions pratiques de localisation,

M. Sicard (1) écrit :

« La névralgie faciale est la réaction douloureuse provoquée par l'irritation du nerf trijumeau, c'est-à-dire de la Ve paire, tout au long de son parcours, de son origine bulbaire, à travers le relais gassérien jusqu'à sa terminaison faciale. De tous les nerfs craniens le trijumeau est le plus riche en épanouissements sensitifs. Il est doué d'une sensi-

1. Sicard, *Névralgie faciale et guerre* (*Journal médical français*, février, n° 2.)

bilité exquise. Peut-être cependant, d'après nos recherches anatomo-cliniques, les différents segments de cette Vᵉ paire ne réagissent-ils pas tous d'une façon adéquate vis-à-vis de l'agent irritatif ou destructif? ainsi les branches périphériques du massif osseux facial sont empreintes d'une sensibilité remarquable. Le ganglion lui-même est susceptible de réaction d'une grande intensité douloureuse. Par contre, nous croyons que la racine bulbo-gassérienne n'est capable que de réactions douloureuses modérées, parfois nulles. Dans 3 cas de tumeurs dites de l'angle ponto-cérébelleux, on pouvait constater cliniquement une anesthésie cutanée et muqueuse des zones trigémellaires: on notait à l'autopsie la destruction ou la compression de la racine bulbo-gassérienne avec intégrité macroscopique du ganglion de Gasser et pourtant de tels néoplasiques basillaires cérébraux qui avaient survécu de longs mois n'avaient que peu souffert de leur trijumeau. L'un deux même n'avait jamais accusé qu'une simple sensation d'engourdissement « d'enflure ouatée » de la face.

« Les blessures de guerre, du crâne et de la face ont encore élargi le problème. Deux de nos blessés craniens, avec balle pénétrante cranienne, présentaient, associé à d'autres lésions des nerfs craniens une anesthésie trigémellaire unilatérale totale témoignant de la lésion destructrice de la racine bulbo-gassérienne et pourtant eux aussi n'accusaientqu'une gêne cutanée faciale du type paresthésique, sans douleur vraie.

« Parmi les blessés du massif osseux facial, chez lesquels la périphérie trigémellaire a été sûrement intéressée, comme en témoigne l'anesthésie tributaire consécutive, les

uns souffraient de douleurs atroces et continues, réclamant à grand prix une intervention, les autres, au contraire, ne se plaignaient que de gêne et de sensations cutanées anormales, mais très supportables ».

CLINIQUE

Il suffit de connaître les zones faciales innervées par le trijumeau pour que l'exploration de la sensibilité soit rigoureusement faite.

Les trois segments :

Maxillaire inférieur,

Maxillaire supérieur,

Ophtalmique,

sont successivement examinés.

La recherche de la sensibilité douloureuse à la piqûre est certainement la plus facile des épreuves et celle qui donne des résultats immédiats. Parfois les trois sensibilités : tactile, douloureuse et thermique, ne disparaissent pas toutes trois simultanément. En règle générale, la sensibilité à la piqûre s'atténue la première, ensuite la sensibilité thermique, enfin la sensibilité tactile qui souvent persiste alors que les deux autres ont complètement disparu.

Il est bien entendu que la recherche de la sensibilité doit se faire en dehors de toute opération chirurgicale ou injection thérapeutique, faites dans le domaine du V. L'alcoolisation locale fausse évidemment le contrôle de la recherche de la sensibilité puisque l'alcoolisation a pour but de détruire les branches du trijumeau.

L'anesthésie douloureuse s'oppose à l'anesthésie indolore.

I

1° Voici les cas où l'on peut rencontrer l'anesthésie douloureuse.

Le cas le plus fréquent se rapporte au zona ophtalmique. On sait que l'affection zostérienne est caractérisée essentiellement, au point de vue histologique, par la lésion ganglionnaire. Le ganglion spinal est atteint dans le zona rachidien. Le zona cranien est conditionné lui aussi par la réaction ganglio-radiculaire. Or, l'on sait combien sont atrocement douloureuses les séquelles du zona ophtalmique et c'est précisément dans ces cas où l'épingle qui explore la sensibilité du territoire facial douloureux permet de constater une hypoesthésie très marquée ou même une anesthésie du territoire responsable, dans ce territoire où précisément l'algique zostérien localise sa douleur.

En deuxième lieu, l'anesthésie douloureuse trigémellaire peut encore se rencontrer au cours du tabes.

De même qu'il existe des douleurs fulgurantes ganglio-radiculo-médullaires chez des tabétiques avec hypoesthésie ou anésthésie adéquates, de même chez ces mêmes malades il peut exister des fulgurances trigémellaires avec troubles objectifs hypo ou anesthésiques du territoire de la Ve paire.

On comprend encore que les tumeurs de l'étage basal moyen du crâne, ou même de l'étage antérieur, au niveau de la fente ophtalmique puissent déterminer de l'anesthésie des branches de la Ve paire au prix de douleurs parfois

vraiment effroyables, comme M. Sicard l'a vu dans deux cas de sarcome de la région osseuse préganglionnaire gassérienne.

II

L'anesthésie indolore du trijumeau répond au contraire à des causes compressives, irritatives ou destructrices du segment rétro-ganglio-gassérien, soit que la lésion atteigne le noyau cellulaire du V, soit que la lésion reconnaisse pour siège le segment radiculo-gassérien.

Les causes les plus fréquentes de ces lésions rétrogassériennes sont des causes compressives par des tumeurs de voisinage ; parmi elles, la tumeur ponto-cérébelleuse garde un rang de prédilection. C'est elle qui est le plus souvent à l'origine des anasthésies indolores du V.

La guerre nous a encore fourni des exemples d'anesthésie indolore par projectile ayant pénétré dans le crâne et s'étant localisé au niveau de la zone rétro-gassérienne par destruction, le plus souvent de cette branche, comme M. Sicard en a donné des exemples.

On peut encore supposer en dehors des tumeurs ponto-cérébelleuses, l'existence d'une gomme syphilitique ou tuberculeuse. Mais la gomme syphilitique manifeste ses effets beaucoup plus sur l'étage antérieur ou moyen que sur le méplat postérieur, au contraire, de la gomme tuberculeuse qui préfère le cervelet.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Diagnostic

Le diagnostic positif d'anesthésie indolore est très simple et ne saurait prêter à confusion.

Il suffit de constater l'hypoesthésie prononcée ou l'anesthésie dans la zone trigémellaire coïncidant avec l'absence de douleur ou s'il y a des douleurs celles-ci sont extrêmement atténuées, consistant quelquefois en sensation d'ouate, de tiraillement, de pesanteur. Ce sont là, en effet, des réactions paresthésiques plus que des réactions douloureuses.

De l'ensemble des faits qu'a observés M. Sicard, cet auteur a pu conclure (1) :

« Toute anesthésie indolore du V, localise la lésion de la Ve paire au niveau du segment bulbo-gassérien, la réciproque n'est peut-être pas toujours vraie. Dans certaines conditions, rapidité ou lenteur de destruction ou d'irritation, il est sans doute possible que des réactions douloureuses avec ou sans anesthésie objective, ne soient pas seulement sous la dépendance de la région bulbo-gassérienne, mais reconnaisse pour cause une lésion rétro-gassérienne.

1. Sicard et Paraf, *Anesthésie indolore du trijumeau (Société de Neurologique*. Séance du 3 juin 1920).

Le problème de topographie diagnostique pourrait donc se poser ainsi : toute anesthésie indolore du trijumeau localise la lésion au niveau du segment rétro-gassérien, mais toute anesthésie douloureuse peut ne pas reconnaître exclusivement un point de départ gassérien ou anté-gassérien, mais peut-être encore dans certains cas une réaction d'origine rétro-gassérienne.

Dans ces conditions, la formule de diagnostic topographique ne saurait être vraie que lorsqu'au niveau de la face on constate une anasthésie indolore.

Un autre fait clinique intéressant de localisation est, comme le fait également observer M. Sicard dans son service, l'absence de kératite neuro-paralytique lorsque la racine bulbo-gassérienne est en jeu, tandis qu'au contraire on note assez souvent l'évolution d'un ulcère trophique cornéen lorsque la lésion irritative porte sur le ganglion gassérien ou sur ses branches afférentes.

Ainsi donc, la clinique semble s'être enrichie de deux faits nouveaux au point de vue de la localisation trigémellaire.

1° Ganglion et segment anté-gassérien réagissant en donnant de l'anesthésie douloureuse et de la kératite neuro-paralytique.

2° Le segment rétro-gassérien a pour lui l'anesthésie indolore et l'absence de kératite.

La ponction lombaire ne saurait nous renseigner utilement, tout au moins au point de vue topographique, puisqu'on sait que les racines préganglionnaires, le ganglion et les racines rétro-ganglionnaires sont en contact intime avec le liquide céphalo-rachidien.

Traitement

Le traitement de l'anesthésie indolore est évidemment le traitement causal.

Ablation du projectile.

Tentative d'extirpation de la tumeur ponto-cérébelleuse.

Traitement anti-syphilitique, rayons X dans certains cas, suivant les renseignements fournis par les réactions humorales.

OBSERVATIONS

Obs. I. — Femme de 51 ans, entre salle Delpech en mars 1920 pour vertiges, titubation, surdité droite et céphalée. L'examen clinique montre, en outre, une anesthésie indolore dans toute l'hémiface droite, les autres paires craniennes semblent respectées.

L'examen oculaire montre les deux papilles hyperhémiées avec ébauche de stase. L'examen du liquide céphalo-rachidien décelle une dissociation albumine-cytologique du type Sicard-Foix. Il n'existe, en dehors des signes de la série cérébelleuse, de la surdité unilatérale et de l'anesthésie indolore du trijumeau, aucun signe de réaction des autres nerfs craniens.

Le malade meurt subitement trois mois après et l'on a pu constater à l'autopsie une tumeur ponto-cérébelleuse avec toutes les caractéristiques classiques et si nettes de ces tumeurs.

Il semble qu'une ponction lombaire faite deux jours auparavant, dans des conditions douteuses d'équilibre statique, n'ait pas été étrangère à cette mort. On sait que M. Sicard recommande toujours après les rachicentèses le repos strict d'au moins 48 heures en position inclinée, tête basse et ces précautions n'avaient pas été prises chez notre malade.

Obs. II. — Mme R... (50 ans), entre salle Delpech le 13 juin 1920 pour vertiges empêchant la marche.

L'origine de la maladie remonte à 1914. Le début fut marqué par des vertiges et par de la diminution de l'acuité auditive de l'oreille gauche. En même temps apparition de céphalée lancinante, d'abord localisée à gauche, puis généralisée.

Ces troubles s'exagèrent en 1915 et la malade présente de la suppression complète de l'audition de l'oreille gauche. Depuis 1915, aggravation progressive des symptômes auxquels s'ajoute de la diminution progressive de la vision de l'œil gauche.

La céphalée augmente, des vomissements en fusée surviennent.

Depuis le début 1920, tous les symptômes précédents s'exagèrent brusquement. Les vertiges deviennent tellement marqués qu'ils empêchent la marche ; aussi la malade se décide à entrer à l'hôpital.

Examen. — A son entrée à l'hôpital, on note :

Réflexes tendineux sont conservés. Ils sont sensiblement plus marqués à gauche. Il n'y a pas de Babinski.

La sensibilité est normale partout, sauf au niveau de l'hémiface gauche où on note de l'anesthésie. au niveau de la joue gauche ainsi que du côté gauche du front, de la commissure labiale et du menton.

Il existe de l'anesthésie au niveau des gencives gauches de la moitié gauche de la langue et de la partie interne de la joue gauche.

Anesthésie cornéenne du côté gauche, sans troubles tro-

phiques cornéens. La malade n'accuse aucune douleur dans cette hémiface.

Du côté de l'anesthésie tactile on note que l'examen de la sensibilité à la piqûre décèle une hypoesthésie de la moitié gauche de la face et on constate également une hypoesthésie de la face au chaud et au froid.

De plus, chez cette malade, on note tous les signes de la série cérébelleuse :

Asynergie et signe de la rupture d'équilibre d'effort.

Dysmétrie : les yeux fermés l'index de la malade manque le but assigné, le dépasse et vise constamment à gauche.

La diadococynésie est très nette.

Lorsqu'on fait marcher la malade, on note des troubles de l'équilibre.

La malade s'arrête brusquement pour se retenir au lit le plus voisin et éviter une chute. De plus, elle s'avance les pieds très écartés afin d'élargir au maximum sa base de sustentation.

Il n'existe pas de Romberg, mais des sensations subjectives d'oscillations latérales gauches.

A l'ophtalmoscope, on note de la stase papillaire bilatérale plus marquée à gauche.

La ponction lombaire donne issue à un liquide clair, légèrement hypertendu, elle montre une lymphocytose normale, B. W. négatif. Albumine 2 grammes. En somme, il existe une dissociation albumino-cytologique type Sicard-Foix.

Devant cette symptomatologie, le diagnostic de tumeur de l'angle ponto-cérébelleux s'imposait. L'anesthésie indo-

lore permit à M. Sicard de localiser exactement la tumeur et d'affirmer à M. Robineau, chirurgien de l'hôpital Necker, qu'il s'agissait d'une tumeur ponto-cérébelleuse comprimant la racine bulbo-gassérienne.

M. Robineau intervient le 2 juillet, la localisation précise de la tumeur lui permet de l'atteindre et de l'enlever partiellement. Les suites furent normales, la malade fut légèrement améliorée, mais d'août à novembre les symptômes s'exagèrent à nouveau. Une nouvelle opération est décidée. M. Robineau intervient pour la deuxième fois le 4 novembre 1920; il atteint la tumeur, essaye de l'enlever, une hémorragie survient, la malade succombe quelques jours après.

A l'autopsie. — Tumeur ovalaire du volume de deux noix accolées, bien encapsulée, placée en coin entre le lobe gauche du cervelet et le bulbe et le mésocéphale de l'autre; ce dernier est légèrement dévié à gauche et la tumeur s'insinue dans la concavité de la courbure. Le ganglion de Gasser enveloppé dans son étui fibreux repose dans le cavum de Mekel, en dehors de la tumeur, à l'abri de toute compression. Il en est de même de ses trois racines afférentes. Par contre, la racine bulbo-gassérienne étirée, longue de 2 cm. 1/2 est nettement comprimée par la tumeur et serrée contre la protubérance.

Obs. III. — Pièce anatomique présentée par MM. Sicard et Paraf à la Société de Neurologie du 3 juin.

Voici ce que dit M. Sicard à ce sujet :

« A plusieurs reprises l'un de nous a déjà insisté sur la valeur diagnostique localisatrice de l'anesthésie indolore

du trijumeau et a montré que ce signe permet de situer la lésion dans la région rétro-gassérienne.

« Voici une pièce macroscopique qui vient à l'appui de cette opinion. Il s'agit d'un gliome kystique cérébello-méso céphalique s'étant développé du cervelet vers le méso-céphale et qu'en dehors des symptômes classiques globaux de compression (céphalée, omnubilation, stase papillaire) n'avait provoqué au niveau des nerfs craniens qu'un hémi-spasme de la lèvre inférieure droite et une anesthésie complète totale du territoire cutanéo-muqueux tributaire de la Ve paire droite.

« Or, à l'autopsie, la région gassérienne et les branches afférentes étaient indemnes de toute attrition, seul avait pu être atteint le segment nucléo-radiculaire du bulbe trijemellaire. »

Quatre observations tirées de la thèse de Jumentié. — Cet auteur note parmi ses observations des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux.

« Observation II. — Femme de quarante-neuf ans...

A l'examen de la face : le trijumeau droit est troublé dans son fonctionnement, absence complète du réflexe cornéen qui existe du côté opposé. La malade éprouve une sensation d'engourdissement de toute la moitié droite de la face qui lui donne la sensation d'être plâtrée, la sensibilité est nettement troublée au tact, petites erreurs de localisation, la douleur est moins nettement perçue, la sensibilité thermique est également diminuée à droite.

En somme, dit-il, dans le domaine du V, grosse diminution des sensibilités tactiles, thermiques, douloureuses.

« Observation IV. — Femme de quarante-trois ans et demi.

La malade raconte qu'elle a une moitié de la figure, la joue surtout, qui ne se sent pas ; il est impossible de se rendre compte de ces troubles étant donné l'état d'aplatissement de la malade ».

Au protocole d'autopsie au lit : « on trouve une tumeur du volume d'une petite noix, siégeant sur la partie latérale gauche de la protubérance comprimant le trijumeau par une de ses extrémités ».

« Observation V. — Homme de trente-six ans.

Anesthésie au tact, à la piqûre et au goût dans la moitié droite du voile, la partie postérieure de la langue du même côté et à la partie interne de la joue droite. Le malade trouve que les aliments, quand ils sont du côté droit de la bouche, n'ont aucun goût.

Plus tard, il note :

Au niveau de la Ve paire : sensation subjective d'engourdissement de la moitié droite de la joue que le malade croit morte ; mêmes signes d'anesthésie sur la moitié droite du voile, la face interne de la joue droite et la partie droite de la langue. Anesthésie cornéenne complète à droite, presque complète à gauche.

A l'autopsie : la tumeur ponto-cérébelleuse comprime et écrase la moitié droite du pont de Varolle et du bulbe. La Ve paire coiffe son pôle supérieur.

« Observation VII. — Femme de trente-huit ans :

En pratiquant un examen des nerfs craniens, on cons-

tate dans le territoire du trijumeau droit au niveau de sa branche inférieure une légère hypoesthésie au chaud et au froid, la malade éprouve dans cette même région un engourdissement de la face. La sensibilité cornéenne est émoussée mais des deux côtés en même temps. »

A l'autopsie : l'auteur ne signale rien de particulier.

Plus loin, dans la symptomatologie des tumeurs de l'angle ponto-cérébelleux (page 80) on lit :

« Le nerf trijumeau est celui qui est le plus fortement touché après le VIIIe nerf et là encore les symptômes varient avec le degré de la compression.

Troubles d'irritation : Ils sont souvent les premiers en date et quelquefois les seuls observés ; ce sont des douleurs névralgiques dans une branche ou dans tout le territoire de ce nerf. C'est le plus souvent la branche inférieure qui semble prise. Les douleurs ont le caractère de toutes les névralgies du trijumeau.

On note également quelquefois un fait intéressant : c'est une sorte d'anesthésie douloureuse, alors que la sensibilité tactile est atténuée, la sensibilité douloureuse semble accrue et cela était bien net dans le cas d'une malade que nous suivons, chez laquelle l'affleurement d'une moitié de la face est excessivement douloureuse. La malade s'en est aperçue pendant qu'elle se débarbouillait.

Troubles paralytiques : Les troubles d'hypoesthésie sont notés fréquemment ; ils peuvent aller jusqu'à l'anesthésie et siègent sur l'une ou l'autre des branches. Ils nous ont paru surtout fréquents au pourtour de la bouche et au niveau du menton. Mais c'est surtout sur les muqueuses que nous les avons constatés, à la face interne de la

joue, sur la moitié antérieure de la langue, la moitié du voile du palais. La sensibilité y est presque complètement disparue à tous ses modes: piqûre, tact, chaleur et froid. De même les sensations gustatives sont abolies. Il s'y adjoint du reste quelquefois des troubles provenant d'autres nerfs. Anesthésie cornéenne sur laquelle insiste Oppenheim et que nous avons trouvée bilatérale dans les derniers temps de la vie chez un de nos malades, incomplète toutefois du côté opposé à la tumeur.

La kératite neuro-paralytique résultant de cette anesthésie cornéenne dans ces cas de tumeurs, ne nous a pas paru avoir été signalée. Toutefois, dans le cas auquel nous faisons allusion, il y avait un aspect trouble de la cornée avec de petites érosions superficielles qui faisaient redouter cet accident. »

En somme, M. Jumentié a bien constaté dans quatre observations sur les douze que comporte son travail d'ensemble des troubles d'anesthésie ou d'hypoesthésie dans le domaine du V au cours de l'évolution des tumeurs ponto-cérébelleuses. Il a vu même qu'il existe deux sortes de troubles au cours de l'évolution de ces tumeurs.

Les uns avec anesthésie douloureuse, les autres avec anesthésie indolore dans le domaine du trijumeau, mais il les rattache à des différences de compression du trijumeau. Il appelle les premiers troubles d'irritation, les seconds troubles paralytiques.

M. Sicard pense, au contraire, que l'anesthésie douloureuse est imputable à la compression du ganglion de Gasser ou de ses branches efférentes, tandis que l'anesthésie indolore est conditionnée par la compression, l'irritation ou la

destruction de la branche bulbo-gassérienne. M. Jumentié n'a pas noté non plus les conditions différentes d'apparition de la kératite neuro-paralytique suivant les segments comprimés de la Ve paire. Ce sont précisément ces deux réactions cliniques localisatrices que les travaux de M. Sicard ont cherché à mettre en évidence et qui font l'objet de notre thèse.

CONCLUSIONS

1° Les lésions irritatives et destructrices du ganglion de Gasser et de son segment antérieur (racines efférentes) s'affirment par des algies vives dans le domaine tributaire et souvent par une anesthésie douloureuse avec ou sans ulcère trophique cornéen (kératite neuro-paralytique).

2° L'anesthésie indolore n'appartient pas au ganglion de Gasser ou à ses branches efférentes mais bien au segment rétro-gassérien s'étendant du ganglion an noyau bulbaire. La lésion de ce segment ne paraît pas entraîner de kératite neuro-paralytique.

3° Deux signes :

L'un positif, l'anesthésie indolore trégemellaire ;

L'autre négatif, l'absence de kératite neuro-paralytique ; caractérisent l'atteinte du segment rétro-gassérien de la Ve paire.

Le Président de la thèse,
ROGER

Vu
Le Doyen :
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
APPELL

Imprimerie spéciale de la Librairie Arnette, à Mayenne. — 4879-20